**اسم المنطقة التعليمية:**

**معلومات الاتصال بالمنطقة التعليمية:**

عزيزي ولي الأمر/ الوصي:

إن الغاية من هذه الرسالة هو طلب إذنكم (أو ما يعرف بالموافقة) لمشاركة معلومات طفلكم مع برنامج التأمين الطبي (ميديكيد لويزيانا) التابع لوزارة الصحة في لويزيانا. تمت الموافقة للمناطق التعليمية في لويزيانا على تلقي تعويض جزئي من برنامج ميديكيد لويزيانا عن تكلفة بعض الخدمات المتعلقة بالصحة التي تقدمها المنطقة لطفلك. ومن أجل تعويض مدرسة طفلك عن بعض الأموال التي المصروفة على الخدمات، قد تحتاج المنطقة التعليمية إلى مشاركة المعلومات التالية حول طفلك مع برنامج ميديكيد لويزيانا: الاسم وتاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي والعنوان والجنس ونوع الخدمات المقدمة ومتى وممن والتشخيص (إن وجد) ومعرّف برنامج ميديكيد لويزيانا. إذا كان طفلك مؤهلاً لتلقي خدمات تلبي احتياجاته، فقد يتم تقديم الخدمات من قبل النظام المدرسي و/أو يمكنك أخذ طفلك إلى مقدم خدمة آخر يقبل برنامج ميديكيد.

بحصولها على إذنك، تتمكن المنطقة التعليمية من السعي للحصول على تعويض جزئي عن الخدمات التي يقدمها برنامج ميديكيد لويزيانا ومن ضمنها، اختبار السمع أو النظر والعلاج الوظيفي أو النطقي أو الطبيعي وبعض زيارات الممرضات للمدارس وخدمات الاستشارة. ستقدم لك المنطقة إشعاراً بشأن إذنك لمشاركة هذه المعلومات كل عام، ولكن ليس عليك أن توقع على نموذج إذن كل عام. إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ: *insert School District Medicaid Contact Information Here.*

لا يمكن للمنطقة التعليمية مشاركة معلومات طفلك مع برنامج ميديكيد لويزيانا دون إذنك. فيما تهيّئ لإعطاء الإذن، يرجى أخذ العلم بما يلي:

1. لا يمكن للمنطقة التعليمية إلزامك بالاشتراك في برنامج ميديكيد لويزيانا حتى يتلقى طفلك الخدمات الصحية و/أو التعليمية الخاصة التي يحق لطفلك الحصول عليها.
2. لا يمكن للمنطقة التعليمية إلزامك بدفع أي شيء مقابل تكلفة خدمات التعليم الخاصة و/أو الصحية لطفلك. هذا يعني أن المنطقة التعليمية لا يمكن أن تطلب منك دفع مبلغ المشاركة في التسديد أو مبلغاً مقتطعاً كي تتمكن من طلب السداد من برنامج ميديكيد لويزيانا مقابل الخدمات المقدمة.
3. إذا أعطيت المنطقة التعليمية إذناً لمشاركة المعلومات وطلب السداد من برنامج ميديكيد لويزيانا:
   1. لن يؤثر ذلك على تغطية طفلك المتاحة مدى الحياة أو مزايا برنامج ميديكيد لويزيانا الأخرى ولن يحد بأي شكل من الأشكال من استخدام عائلتك لمزايا برنامج ميديكيد لويزيانا خارج المدرسة.
   2. لن يؤثر الإذن على خدمات التعليم الخاص لطفلك أو حقوق برنامج التعليم الفردي (IEP) بأي شكل من الأشكال، إذا كان طفلك مؤهلاً لتلقيها.
   3. لن يؤدي الإذن إلى أي تغييرات في حقوق برنامج ميديكيد لويزيانا لطفلك، و
   4. لن يؤدي الإذن إلى أي خطر بفقدان الأهلية للبرامج الأخرى الممولة من ميديكيد.
4. وإن أعطيت الإذن، لديك الحق في تغيير رأيك وسحبه في أي وقت.
5. إذا سحبت إذنك أو رفضت السماح للمنطقة التعليمية بمشاركة سجلات ومعلومات طفلك مع برنامج ميديكيد لويزيانا لغرض السعي للحصول على تعويض عن تكلفة الخدمات، تبقى المنطقة التعليمية مسؤولة عن تزويد طفلك بالخدمات، بدون تكلفة لك.

لقد قرأت الإشعار وفهمته. وقد أجيبت كل أسئلتي. أعطي الإذن للمنطقة التعليمية لمشاركة سجلات طفلي والمعلومات المتعلقة به وبخدماته الصحية مع برنامج ميديكيد لويزيانا حسب الضرورة. وأفهم أن ذلك سيساعد مدرسة طفلي في السعي للحصول على تعويض جزئي للخدمات التي يغطيها برنامج ميديكيد لويزيانا.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم الطفل اسم ولي الأمر/الوصي

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد الطفل توقيع ولي الأمر/الوصي التاريخ